

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

No

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel LARDY

né le 20 Octobre 1914, à Sardent (Creuse)

—:o:—

25 NOV 1943

A propos de quelques observations
de complications oculaires du
Molluscum Contagiosum de la paupière

—:o:—

Président : M. GOUGEROT, Professeur



TOULOUSE
IMPRIMERIE DE LA GARONNE
56, Rue des Fontaines, 56

1939

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel LARDY

né le 20 Octobre 1914, à Sardent (Creuse)

—:o:—

A propos de quelques observations
de complications oculaires du
Molluscum Contagiosum de la paupière

—:o:—

Président : M. GOUGEROT, Professeur

TOULOUSE
IMPRIMERIE DE LA GARONNE
56, Rue des Fontaines, 56

1939

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONIVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HAVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . .	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . .	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale.	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux. . .	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHÉRY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie.	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale.	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire.	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY.	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.).	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hyrologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.
BUILLARD.	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
COSTE.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
FEY.	Urologie.
FUNCK.	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD.	Parasitologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES.	Pathologie médicale.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.
LACOMME.	Obstétrique.
LANTEJOUIL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LAVIER.	Parasitologie.
LELONG.	Pathologie médicale.
LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MANEGAUX.	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET.	Pathologie médicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
RENARD.	Ophtalmologie.
RICHEL.	Physiologie.*
SENÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
TURPIN.	Pathologie médicale.
VIGNES.	Obstétrique.
WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET.	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. . .	Parasitologie.
SCHWARTZ.	Obstétrique.
VAUDESCAL.	Pathologie chirurgicale.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

MM.

ALAJOUANINE. . .	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR- VALLÉRY RADOT.	
SÉZARY.	

MM.

BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.

ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLE.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Qu'ils veuillent trouver ici le bien
faible témoignage de ma reconnais-
sance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

Médecin de l'Hôpital Broussais.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIGNES

Accoucheur de l'Hôpital des Enfants Assistés.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

STAGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

à l'Hôpital Vaugirard.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

à l'Hôtel-Dieu.

A MON AMI LE DOCTEUR BRUNAT

Dont la collaboration m'a été si précieuse. Il m'a inspiré le sujet de cette étude et guidé dans sa réalisation.

A MES PARENTS ET A TOUS MES AMIS

Introduction

Si la localisation cutanée palpébrale du *Molluscum contagiosum* est assez rare, ses complications oculaires sont importantes à connaître.

Peu étudiée par les dermatologistes, cette localisation cutanée, bien que peu fréquente (une cinquantaine d'observations dans la littérature), est cependant mentionnée dans tous les livres classiques d'ophtalmologie. Mais bien peu d'auteurs lui ont attribué toute son importance et étudié ses manifestations oculaires : conjonctivites et kérato-conjonctivites.

Celles-ci, pourtant sont intéressantes à étudier, car, si le *Molluscum contagiosum* est une maladie cutanée toujours très bénigne, ses complications oculaires sont sérieuses, traînantes, et susceptibles de provoquer des désordres fonctionnels graves et durables.

D'autre part, une thérapeutique est efficace : l'ablation minutieuse, parfois rendue difficile par la discrétion des éléments palpébraux. Leur recherche viendra souvent éclairer l'étiologie jusque-là inconnue d'un syndrome de conjonctivite folliculaire ou de kérato-conjonctivite.

Historique

Dès les premières descriptions de la maladie, on signale sa localisation palpébrale. FUCHS, le premier, en 1875, dans les *Archiv für Ophtalmologie*, donne un dessin de ce qu'il appelle : « L'Adénome des glandes adipeuses. »

Mais le fait qu'un *Molluscun* du bord palpébral soit susceptible de provoquer une conjonctivite rebelle, rapidement guérie par l'ablation de la tumeur cutanée, n'a que faiblement attiré l'attention. On ne trouve rien à ce sujet dans l'*Encyclopédie française d'Ophtalmologie* (1907), ni dans les traités de FUCHS (1906), de BALL (1916), d'AXENFELD (1919).

Cependant, en 1879, REYMOND, au VI^e Congrès d'Ophtalmologie de Milan, apporta quelques faits de cet ordre. Mais sa communication tomba dans l'oubli.

En 1895, STEFFAN, ignorant les travaux de REYMOND, fit remarquer que certains adénomes du bord palpébral s'accompagnent d'une conjonctivite rebelle, qui guérit seulement après ablation de l'adénome.

En 1896, DE WECKER identifie les « adénomes » de STEFFAN aux nodules du *Molluscum contagiosum*.

Depuis cette époque, on trouve, dans la littérature étrangère, diverses observations.

Parmi les mémoires les plus importants publiés à ce sujet, il faut citer :

L'ensemble des travaux d'ELSCHNIG, de Prague

(1897, 1908, 1921 et 1923), qui met en lumière les aspects cliniques et pathogéniques de la maladie.

Enfin SCHAFFER en 1901, LAUBER en 1913, GIFFORD en 1921, CAVARA en 1924, NICHELATTI en 1928, ROTH en 1930, FLEISCHER en 1932 et VON PAPOLCZY en 1933 publièrent des observations à ce sujet.

D'autre part, certains auteurs ont essayé de compléter ces données de la clinique par des travaux expérimentaux : ELSCHNIG, CAVARA, GARGANO, ont tenté des inoculations cutanées et cherché à reproduire la maladie.

Des dermatologistes enfin ont étudié les rapports unissant le *Molluscum contagiosum* et les lésions kérato-ionjonctivales (STELWAGON: *Disease of the skin*, 1916, et KINGERY : *Archives of Dermatology and Syphiligraphy*, 1920).

Plus récemment encore, OFFRET et DUPERRAT ont fait une mise au point complète de la question, étude à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts.

Etude clinique

Les manifestations cliniques du *Molluscum contagiosum* évoluent presque toujours de la même manière. L'observation suivante, due à OFFRET et DUPERRAT, en constitue le type :

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme, âgé de 32 ans, peintre à la S. T. C. R. P., venu consulter pour de la rougeur de l'œil droit avec sécrétion. On constate une conjonctivite folliculaire unilatérale, atteignant les culs-de-sacs supérieur et inférieur. Les cils ne sont pas agglutinés, mais, tous les matin, une abondante sécrétion jaunâtre, semi-fluide, souille le pansement que l'abondance du catarrhe oblige le malade à porter pendant la nuit.

Le traitement habituel est inefficace, et, dans les semaines suivantes, on voit se développer des lésions sérieuses de la conjonctive et de la cornée. La conjonctiv s'épaissit, non seulement au niveau du tarse, mais également au niveau du globe; elle prend une teinte rouge-violacé. Elle est même soulevée en un point, sur le méridien 3 heures, par un bouton de réaction épisclérale. La cornée commence à se couvrir, un mois après le début de l'affection, d'érosions limbiques multiples, réalisant l'aspect caractéristique de la kératite marginale érosive. Apparaissant par poussées, successives, ces lésions finissent par entourer la cornée d'un anneau limbique irrégulier, comme le montre l'examen à la loupe à fente.

A ce moment, les signes fonctionnels sont très accentués : douleur, photophobie intense, larmoiement abondant. Les paupières sont œdématisées; il existe du chemosis; la sécrétion conjonctivale est abondante.

Cette sécrétion contient de rares polynucléaires; on y trouve, à l'examen direct, quelques bacilles gram +; à la culture, des bacilles massués, saprophytes banaux de la conjonctive. Il n'y a donc aucun germe spécifique qui puisse être la cause de cette kérato-conjonctivite.

Bientôt, la lésion cornéenne se complique d'une infiltration superficielle, irrégulière, qui gagne lentement en étendue et se complique de vascularisation. Le dépoli cornéen décrit dans l'ensemble un anneau complet en dedans de l'anneau limbique.

La durée et la gravité apparente des lésions inquiètent beaucoup le malade, tout particulièrement lorsque l'extension du dépoli cornéen provoque une baisse de l'acuité visuelle qui passe de 10/10 à 6/10. Le malade est alors hospitalisé pour être soumis à de multiples investigations étiologiques, qui, toutes, resteront négatives.

Par l'interrogatoire, on précise que les troubles oculaires sont apparus en même temps qu'une minuscule tumeur du bord libre de la paupière inférieure droite, grosse comme un grain de mil. Cette tumeur est en voie d'accroissement.

D'autre part, le malade est un habitué des piscines municipales, mais, depuis l'apparition de la conjonctivite, il n'y est pas retourné (cela fait plus de deux mois). C'est un sujet très robuste, qui a toujours été en très bonne santé. Il est marié, père d'un enfant bien portant. Il n'a jamais souffert des yeux.

Les divers appareils sont parfaitement normaux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le B. W.

est négatif dans le sang. Les dents, les fosses nasales et les sinus sont en excellent état. La radiographie pulmonaire ne montre aucune lésion.

Au total, les auteurs ont suivi pendant quatre mois l'évolution d'une conjonctivite folliculaire unilatérale, compliquée de kératite marginale érosive, puis l'infiltration superficielle de la cornée, sans adénopathie, survenant sans cause apparente, chez un homme jeune et vigoureux, et, loin de s'atténuer, la lésion allait plutôt en s'aggravant.

Quelle étiologie convenait-il d'incriminer ?

Le trachome ? — Il est très rarement unilatéral. Il respecte, au début de son évolution, le cul-de-sac conjonctival intérieur.

La conjonctivite, dite « de piscine » ? — Elle a rarement une évolution aussi prolongée et ne s'accompagne pas de lésions cornéennes.

Le granulome infectieux de la conjonctive ? — Il s'accompagne d'adénopathie prétragienne.

L'origine tuberculeuse ne pouvait pas être discutée. On aurait enfin pu penser à une conjonctivite par calcul mycélien des canalicules lacrymaux. Mais, après vérification de la perméabilité lacrymale, l'incision des canalicules les montra parfaitement libres.

Les thérapeutiques les plus diverses (collyres, injections sous-conjonctivales de Cyhg, puis d'auto-sang, la thérapeutique par choc, les atouchements du ganglion sphéno-palatin au liquide de Bonain) s'étant montrées négatives, on en vint à penser à une relation possible entre la formation verruqueuse de la paupière inférieure et la kérato-conjonctivite, tout en remarquant d'ailleurs qu'il ne pourrait s'agir que d'une coïncidence, la tumeur étant située sur le versant cutané du bord libre, donc incapable d'entraîner une irritation

directe du globe oculaire avec lequel elle n'était pas en contact.

En tout état de cause, l'ablation de la tumeur fut pratiquée et, à l'examen histologique, il s'agissait d'un *Molluscum contagiosum* typique. Aucun autre élément ne fut d'ailleurs trouvé sur les téguments du sujet.

Assitôt après l'ablation, en quelques jours, on assista à la disparition de tous les symptômes subjectifs et objectifs : la sécrétion se tarit, l'acuité visuelle rede-vint normale. Seule persistait une légère hyperémie de la conjonctive.

Tel est le type habituel.

Avant d'aborder plus complètement l'étude des manifestations kérato-conjonctivales, rappelons quelques-uns des caractères principaux du *Molluscum contagiosum*.

Il s'agit de petites élevures hémisphériques, de la taille d'une tête d'épingle à un pois, rosées ou jaunâtres, translucides, et, caractère essentiel, leur centre est ombiliqué. Ces petites tumeurs apparaissent sans le moindre trouble subjectif. En général, leur nombre varie de deux ou trois à dix et plus, il est très variable.

Par expression, il en sort une matière assez semblable au contenu d'un kyste sébacé. De durée indéfinie, ils peuvent disparaître spontanément, ou s'excorier et s'infecter. Lorsque ces éléments sont multiples et leur caractère aussi net, le diagnostic est évidemment facile. Mais l'élément palpébral peut être unique et peu caractéristique, les autres éléments cutanés inexistants ou peu nombreux et passés inaperçus. On ne peut pas songer à rechercher le signe du chlorure d'éthyle de TZANCK et PAUTRAT sur le bord libre de la paupière (en projetant sur la petite tumeur un jet de chlorure d'éthyle, on voit, au moment où la surface se couvre

de givre, apparaît un cercle minuscule, cristallin, nettement limité à l'élément lui-même). Dans bien des cas, par conséquent, le diagnostic ne peut être affirmé que par l'examen histologique.

Et c'est peut-être là la cause du nombre très restreint des observations. En effet, la symptomatologie conjonctivale ou cornéenne prend toujours la première place. D'autre part, le *Molluscum* perd souvent, aux paupières, son aspect morphologique habituel : il peut être très petit, plus ou moins irrégulier, caché entre les cils. D'où les difficultés de diagnostic parfois insurmontables sans l'examen histologique. Peut-être cet examen, pratiqué plus souvent, permettrait-il de découvrir l'étiologie d'un certain nombre de conjonctivites rebelles.

Il n'en faut cependant pas moins conserver la notion de rareté de cette affection oculaire 4 cas sur 1.000 consultants à l'hôpital de Prague, d'après ELSCHNIG).

La lecture de 40 observations permet de préciser ses circonstances d'apparition.

Il s'agit, le plus souvent, de sujet jeunes.

Sur ces 40 cas :

Vingt-sept sont apparus chez des sujets de moins de 35 ans, dont dix-neuf entre 14 et 30 ans. L'adolescent et l'adulte jeune paraîtraient donc plus exposés.

Cependant aucun âge n'est à l'abri de la maladie. Quelques cas sont apparus dans les premières années de la vie (2 ans, 3 ans), d'autres au delà de 60 ans.

Le plus souvent, les lésions oculaires sont unilatérales. On ne note que cinq fois les lésions bilatérales sur ces 40 cas.

Cette maladie survient aussi bien chez l'homme que chez la femme, et chaque œil est atteint à peu près

avec la même fréquence (œil droit, dix-huit fois; œil gauche, quatorze fois).

Fréquemment, le nodule est unique; sa taille est faible, et il siège le plus souvent sur le bord libre de la paupière, tantôt dans le sillon intermarginal, au milieu des cils, tantôt à cheval sur la face cutanée et le bord libre, parfois enfin entièrement sur la face cutanée.

Dans certaines observations enfin, le diagnostic est plus facile : les nodules sont multiples, disposés sur les paupières des deux yeux, ou même sur les sourcils, le front, les joues et cette efflorescence est toujours accompagnée d'un élément au voisinage du bord libre de la paupière.

Au point de vue des complications, on peut distinguer trois formes :

- 1° Les conjonctivites;
 - 2° Les kérato-conjonctivites;
 - 3° Les formes tumorales.
-

I. - Les conjonctivites

Les conjonctivites peuvent revêtir plusieurs types.

Par ordre de fréquence, elles peuvent être folliculaires, chroniques simples, très exceptionnellement phlycténulaires.

1° Conjonctivites folliculaires. — Ces conjonctivites présentent quelques signes particuliers, comme le montre bien l'observation suivante de CAVARA :

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme, âgée de 42 ans, qui vient consulter, le 5 juillet 1922, pour une sensation de corps étranger de l'œil gauche qu'elle ressent depuis un mois. Ce trouble est survenu peu de temps après l'apparition de petites tumeurs des paupières de l'œil gauche. Le traitement par un collyre astringent s'est révélé totalement inefficace.

A l'examen, on trouve de nombreux petits nodules de *Molluscum* sur la peau des paupières et du sourcil gauche. Un nodule plus gros siège à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du bord palpébral inférieur : implanté sur toute la largeur du bord libre, le nodule, en voie de désagrégation, laisse desquamer une petite quantité de substance poussiéreuse. La conjonctive palpébrale inférieure et le cul-du-sac inférieur sont couverts de gros follicules rosés, presque translucides. La muqueuse est œdématisée, hypertrophique, mais de coloration plutôt pâle. La conjonctive palpé-

brale supérieure a pris un aspect velvétique. De petits agglomérats de follicules opaques sont particulièrement nets aux deux angles de l'œil. Il n'y a pas d'altération de la conjonctive bulbaire qui est seulement un peu rouge. La sécrétion est légère, fluide, il y a peu de larmoiement. A droite : conjonctive lisse, rosée, normale. Excision du nodule, collyre à l'alun. Au bout de quinze jours, il n'y a plus trace de follicule. Seule une légère hypertrophie de la muqueuse témoigne du processus inflammatoire.

Dans cette forme, on remarque le peu de troubles subjectifs : douleur, prurit, photophobie sont minimes. Mais les signes fonctionnels acquièrent parfois une grande intensité : sécrétion matinale abondante, agglutination des cils, larmoiement.

L'atteinte folliculaire est unilatérale, localisée à la conjonctive palpébrale inférieure, débordant sur le cul-de-sac. Les follicules sont nombreux, opaques, très saillants, disposés en lignes plus ou moins parallèles au bord libre de la paupière.

La topographie inférieure de ces granulations constitue un signe différentiel important. Dans un certain nombre de cas, en effet, seuls sont atteints la conjonctive palpébrale inférieure et le cul-de-sac. Mais bien souvent la conjonctive déborde ce territoire. Lorsque la maladie est sérieuse, qu'elle évolue depuis longtemps, le processus s'étend fréquemment le long de l'angle externe pour gagner la conjonctive tarsienne supérieure et, finalement, le cul-de-sac. La participation prédominante de la conjonctive tarsienne supérieure et du cul-de-sac peut amener la confusion avec le trachome.

L'intensité de la conjonctivite folliculaire est soumise à de grandes variations : tantôt elle est faible et n'incommoder les malades que par sa longue durée,

tantôt elle est très intense et le processus peut avoir l'acuité d'un trachome aigu (VON PAPOLCZY).

L'évolution, extrêmement longue, est rebelle à toute thérapeutique en dehors de l'ablation de la tumeur cutanée. Par contre, dès que celle-ci est pratiquée, la guérison est obtenue en quelques jours. Plus rarement, il persiste quelques troubles pendant plusieurs mois.

On peut observer, après la guérison, une récurrence ; c'est un fait assez rare. La thérapeutique est d'ailleurs la même : nouvelle ablation du *Molluscum*.

En dehors de l'ablation de la tumeur cutanée, la conjonctivite n'a aucune tendance spontanée à la guérison. Elle peut persister pendant des mois et sous l'influence du moindre traumatisme : choc, corps étranger, l'état s'aggrave et des complications cornéennes peuvent apparaître.

2° La conjonctivite chronique simple. — Elle est beaucoup moins fréquente que la conjonctivite folliculaire. Il s'agit d'un épaississement avec rougeur de la conjonctivite tarsienne.

De même que dans la forme folliculaire, les lésions sont unilatérales et prédominent sur le cul-de-sac inférieur.

En cas d'atteinte bilatérale, il n'est pas rare qu'un œil soit atteint de conjonctivite folliculaire, l'autre de conjonctivite simple.

Le pronostic et l'évolution sont comparables au pronostic et à l'évolution de la forme précédente.

3° La conjonctivite phlycténulaire. — Elle est très rare. Une observation, due à ELSCHNIG, a été publiée en 1902 : Il s'agissait d'un enfant porteur d'une conjonctivite folliculaire avec phlyctènes sur la conjonctive bulbaire et sur le limbe.

II. - Les Kérato-conjonctivites

Lorsque les lésions atteignent la cornée, leur gravité est toujours grande. Les altérations de la cornée sont la plupart du temps sévères et définitives. L'atteinte de la cornée seule n'existe d'ailleurs pas. Il y a toujours, en même temps, des lésions de conjonctivite.

Tantôt ce sont les lésions conjonctivales qui sont au premier plan comme dans la première observation. Tantôt, au contraire, les lésions cornéennes dominent le tableau clinique, comme dans l'observation suivante de VON PAPOLCZY :

OBSERVATION

Inflammation de l'œil droit, chez une femme de 50 ans, évoluant depuis un mois. On prescrit : collyre au protargol, compresses, verres protecteurs.

La malade revient deux mois après avec des signes plus accusés, malgré le traitement. Cette fois, on remarque une petite tumeur, de un millimètre de diamètre, jaune-grisâtre, au milieu de la paupière supérieure sur la ligne intermarginale. La conjonctive tarsienne et la conjonctive bulbaire sont fortement hyperémiées. Le cul-de-sac inférieur est épaissi et contient de nombreux follicules. La cornée est très vascularisée superficiellement, dans la région du limbe, où la lésion s'étend circulairement sur une largeur de un millimètre à un millimètre et demi. Cet état s'accompagne d'une réaction irienne des plus nettes :

synéchies, coloration brun sale de l'iris. La lésion ne menace pas le centre de la cornée; elle n'en est pas moins grav pour cela, puisque l'iris a fortement réagi.

L'évolution confirme qu'il s'agit bien d'une lésion due au *Molluscum contagiosum* : Aucun des traitements habituels ne peut modifier la lésion tant que le nodule persiste sur le bord de la paupière.

III. - Les formes tumorales

Ces formes sont très rares. En voici une observation, due à BALLABAN :

OBSERVATION

Une jeune fille de 20 ans vient consulter pour une tumeur de l'œil droit, apparue depuis peu, qui augmente rapidement, au point de gêner le regard latéral. En fermant les yeux, la malade ressent une légère pression sur la paupière.

A l'examen, on voit sur le globe, en dehors, une tumeur de la taille d'une noisette. Au point culminant de la tumeur, la conjonctive est amincie. A travers cet amincissement, la tumeur apparaît comme une masse granuleuse, jaunâtre. La conjonctive paraît adhérer à la tumeur, mais la tumeur est mobile sur les plans profonds. En écartant bien les paupières, on voit que la tumeur commence derrière la commissure palpébrale externe pour s'étendre jusqu'au limbe en couvrant la moitié externe du globe; en haut et en bas, elle s'étend jusqu'à l'équateur de l'œil. Il n'existe aucune autre formation semblable sur le reste du corps. Extirpation à l'anesthésie locale après canthotomie. A cause des adhérences, on ne pouvait séparer la tumeur de la conjonctive qu'en déchirant, plusieurs fois, la muqueuse.

Pendant l'intervention, on a remarqué l'adhérence au muscle droit externe, au point qu'il fût nécessaire

d'exciser un gramment de muscle pour enlever la tumeur, qui mesurait 1 cm. $\times$ 2 cm.

L'aspect histologique montra qu'il s'agissait d'un *Molluscum contagiosum* typique.

OBSERVATION II

(REDSLOB.)

C. Florent, 55 ans, vient en février 1927 à la Clinique Ophtalmologique de Strasbourg. A part un léger larmolement qui le gênait, ces dernières semaines, il n'avait jamais eu à se plandre des yeux. Cependant, il avait, depuis quelques mois, remarqué à son œil droit la présence d'une petite tumeur. Cette tumeur avait grossi et le malade s'en inquiétait.

L'examen clinique releva, en effet, dans la conjonctive bulbaire de l'œil droit, l'existence d'une tumeur jaunâtre, légèrement bosselée, de forme ovale et de la grosseur d'une petite fève. Elle se déplaçait avec la conjonctive, n'était par conséquent pas adhérente à la sclérotique. Elle siégeait au niveau du limbe, à 8 heures. Quand le malade portait le regard fortement en bas, on voyait apparaître des plaques noirâtres de mélanose des parties supérieures de la sclérotique. Une tumeur du limbe, se trouvant dans un globe atteint de mélanose sclérale peut être suspecte de naevocancer. C'est pourquoi elle fut immédiatement extirpée en anesthésie locale. La pièce fut adressée au Laboratoire. L'examen montra qu'il s'agissait d'un *Molluscum contagiosum* typique.

Tels sont les faits. Dans ces deux observations, on ne remarque qu'un seul signe : la tumeur conjonctivale. Elle est toujours assez volumineuse, de coloration jaunâtre, adhérente à la conjonctive, mais libre sur les plans profonds. Dans aucun des cas le diagnostic ne fut fait cliniquement. L'examen histologique seul,

montra, très nettement d'ailleurs, le *Molluscum contagiosum*.

D'autre part, on peut remarquer que ce nodule, développé sur la muqueuse, ne provoque ni rougeur, ni œdème, ni sécrétion, alors qu'un nodule palpébral provoque des phénomènes inflammatoires sérieux. Le nodule conjonctival n'a donc pas plus de gravité pour l'œil que la maladie lorsqu'elle siège à distance des paupières.

En outre, on sait que le *Molluscum contagiosum* est une maladie du revêtement cutané qui respecte toujours les muqueuses. La signification de l'atteinte de la conjonctive nous échappe au point de vue nosologique.

En tout cas, le diagnostic clinique n'est guère possible. Il ne pourrait l'être qu'en raison de la présence d'autres nodules de *Molluscum* sur le revêtement cutané. D'autre part, il n'est pas impossible que le virus épidermotrope des verrues et celui des papillomes infectieux puisse avoir, lui aussi, une action pathogène sur la conjonctive et la cornée. Dans ces conditions, il reste un seul moyen de diagnostic certain : l'examen histologique.

A la coupe, d'ailleurs, le diagnostic est aisé. L'épiderme prolifère en même temps qu'il s'ordonne en lobules piriformes dont la pointe est dirigée vers l'ombilic de la tumeur. Les cellules malpighiennes, à mesure qu'elles sont repoussées vers l'ombilic, subissent la kératinisation avec éleidine et une dégénérescence spéciale qui les transforme en ovoïdes ayant les réactions des substances colloïdes, qu'on appelle corpuscules du *Molluscum*. Dans la couche épineuse et dans la couche cornée, les cellules contiennent des corpuscules dits de Boirel, cytoplasmiques, périnucléaires, acidophiles.

Essai d'interprétation Étiologique et Pathogénique

Il faut admettre un rapport certain entre les nodules et les lésions oculaires.

En effet, dans la majorité des cas, la lésion oculaire est unilatérale et siège du côté du nodule palpébral.

Dans tous les cas, la lésion, quelle que soit sa gravité apparente, guérit par l'ablation de la tumeur et seule cette thérapeutique est efficace.

Enfin l'expérience montre que les conjonctivites folliculaires, les conjonctivites phlycténulaires et les kérato-conjonctivites unilatérales sont déterminées par une cause locale. Or, dans tous ces cas, en dehors du *Molluscum contagiosum*, on ne trouve aucune autre cause locale (lacrymale, palpébrale, nasale, sinusienne).

D'autre part, on sait depuis longtemps que ces lésions cutanées sont contagieuses et inoculables. On admet qu'elles relèvent d'un virus filtrant et que, par simple friction cutanée on peut, avec le broyat des éléments, inoculer la maladie. Certains auteurs ont même prouvé la virulence du filtrant sur bougie.

CAVARA, se basant sur ces faits, a recherché si, expérimentalement, le contenu du *Molluscum* a une action irritante sur la conjonctive et s'il est possible de reproduire expérimentalement les lésions observées. L'auteur place dans le sac conjonctival d'individus sains

le contenu d'un nodule de *Molluscum*, soit en utilisant le broyat en solution physiologique instillée deux ou trois fois par jour, soit en plaçant directement un nodule avec ou sans trituration préalable dans le cul-de-sac conjonctival.

Expérience 1. — Instillation dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil droit, d'une femme de 62 ans, opérée de cataracte de l'autre œil, d'une émulsion de pulpe de *Molluscum* en solution physiologique pendant trois jours, deux fois par jour. A la fin de l'expérience, on observe une légère irritation de la conjonctive palpébrale inférieure et du cul-de-sac inférieur, qui sont un peu épaissis.

Expérience 2. — Instillation, dans le sac conjonctival gauche d'une jeune fille de 18 ans, opérée de cataracte traumatique de l'autre œil, d'une suspension de pulpe de *Molluscum* pendant sept jours, trois fois par jour. A la fin, irritation modérée à la partie inférieure de la conjonctive qui est un peu chémotique et soulevée en repli correspondant au fornix; pas de follicules, sécrétion fluide, agglutination des paupières.

Expérience 3. — Dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil gauche d'une jeune fille de 24 ans, atteinte d'une kératite lymphatique de l'œil droit, on place un nodule de *Molluscum*. Bandage occlusif. On ne provoque aucune sensation de gêne par ce corps étranger : au bout de vingt-quatre heures, le nodule est retrouvé à l'angle interne avec hyperémie légère du cul-de-sac inférieur et sécrétion presque fluide.

Expérience 4. — On triture un nodule et on en introduit le produit dans le cul-de-sac conjonctival d'une femme de 32 ans, porteuse d'un traumatisme cornéen de l'autre œil. Pansement. Au bout de vingt-quatre heures : irritation du cul-de-sac conjonctival avec catarrhe lacrymal.

Expérience 5. — On triture un nodule; dilution en sérum physiologique, instillation à une femme de 25 ans, atteinte de décollement. On n'obtient rien.

Dans toutes ces expériences, on n'a pas pu reproduire la conjonctivite folliculaire telle qu'on la voit en clinique. Dans un cas seulement on a provoqué une irritation conjonctivale assez forte. Mais il faut tenir compte que, du fait de l'élimination rapide du produit instillé par les larmes, le contact est forcément très court.

Quant à la question du mécanisme, elle est des plus complexes. Plusieurs interprétations pathogéniques ont été données :

1° Origine mécanique (ELSCHNIG). — L'iritation de la conjonctive est provoquée par la chute dans le cul-de-sac conjonctival de débris épithéliaux que laisse desquamier le *Molluscum*. Mais ceci n'est possible que pour des nodules siégeant dans le sillon intermarginal. En outre, il faut que cette chute soit répétée, car ces débris sont rapidement éliminés par les larmes et le contact avec la muqueuse ne peut être que très court, ce qui incite beaucoup à penser que le facteur mécanique n'est qu'un facteur accessoire.

2° Origine réflexe. — Par analogie avec certaines conjonctivites chroniques entretenues par la présence de petits papillomes à la racine des cils. Mais cette hypothèse n'expliquerait pas les cas dans lesquels les éléments épidermiques siègent à distance du bord ciliaire.

3° Origine inflammatoire. — Le virus filtrant de l'affection cutanée serait responsable des lésions conjonctivales. Mais l'expérimentation ne semble pas apporter un argument décisif. D'autre part, les *Molluscum* de la conjonctivite n'ont pas donné de phénomènes inflam-

matoires. C'est pourquoi on a pensé, en cas de kératite surtout, qu'il pouvait s'agir d'une lésion à germes banaux, rendus virulents par l'état inflammatoire de la muqueuse conjonctivale.

4° **Origine allergique.** — ELSCHING, constatant d'une part le caractère infectieux du *Molluscum* et, d'autre part, l'allure parfois phlycténulaire de la conjonctivite, pense qu'il faut faire jouer un grand rôle au terrain; ce qui expliquerait la façon différente de réagir des individus à une même cause infectieuse irritante. La multiplicité des aspects cliniques plaide en faveur de cette assertion.

Conclusion

De ces observations, il convient de retenir :

Tout d'abord la notion pratique d'affections oculaires sérieuses liées à cette dermatose particulière qu'est le *Molluscum contagiosum*.

Le rôle étiologique incontestable d'un virus épidermotrope responsable des nodules cutanés et probablement aussi des lésions kérato-conjonctivales.

Malgré les faits cliniques peu nombreux et le peu de données expérimentales, les localisations oculaires du *Molluscum* semblent facilement explicables si on tient compte de la sensibilité très particulière de la conjonctivite et de la cornée à l'action de certains virus (virus herpétique entre autres). Des liens étroits unissent très certainement les manifestations oculaires du *Molluscum contagiosum* aux virus des épidermofiltroses et, par là même, aux nombreuses maladies du segment antérieur dont ces virus sont responsables.

VU : *Le Doyen*
TIFFENEAU

VU :
Le Président de Thèse,
GOUGEROT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

Bibliographie

- ALLEN (C. W.). — *Journal of cut. and ven. disease*
(août 1888).
- BALLABAN. — *Arch. of Aug.*, 1903.
- BISTIS. — *Clin. Opht.*, 1889.
- CAVARA. — *Bol. Oc.*, 1924; *Atti Acad. Pisio*, 1929.
- CLARKE. — *Brit. Journ. dermat. and Syph.*, 1923.
- ELSCHING. — *Wien. Klin. Wehschr.*, 1897; — *Prag. Med. Wehschr.*, 1908; — *Arch. of Opht.*, 1922.
- FUCHS. — *Arch. of Opht.*, 1922.
- GARGANO. — *Giorn. Ital. mal. ven. et pelle*, 1922.
- GIFFORD. — *Arch. of Opht.*, 1923.
- KINGERY. — *Arch. dermat. et syph.*, 1920.
- MICHEL (VON). — *Graefe Saemisch Handbuch*, 1908.
- MORAX. — *Rapp. S. F. O.*, 1932.
- NICHELATTI. — *Lett. Oft.*, 1928
- OFFRET et DUPERRAT. — *Archives d'Ophtalmologie*,
1938.
- PAPOLCZY (VON). — *Klin. Mon. Aug.*, 1933.
- RAVAUT et FERRAND. — *Nouv. prat. dermat.*, 1937.
- REYMOND. — *VI^e Congrès Int. Milan*, 1879.
- ROTH. — *Klin. Mon. Aug.*, 1907.
- STEFFAN. — *Klin. Mon. Aug.*, 1887; — *Klin. Mon. Aug.*,
1895.

STELWAGON. — *Diseases of the skin*, 1916.

TOURAINE et DUPERRAT. — *Encyclop. Méd.-Chirurg.*,
fascicule 12.028, 1936.

TZAUCK, OFFRET et DUPERRAT. — *Société Derm. et
Syph.*, 1938.

VIDAL. — *Arch. Derm. et Syph.*, 1887.

WECKER (DE) et LANDOLT. — *Traité complet d'Ophtal-
mologie*, 1880.

WECKER (DE). — *Klin. Mon. Aug.* 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	10
Etude clinique	12
I. Les conjonctivites	18
II. Les kérato-conjonctivites	21
III. Les formes tumorales	23
Essai d'interprétation étiologique et pathogénique...	26
Conclusion	30
Bibliographie	32
